雑　　誌　　名	題　　　　　　　　名	発表者氏名	所属診療科等
日本救急医学会雑誌. 19(12):1085-1094, 2008.	乳幼児突然死における剖検の有用性の検討	有吉孝一	救命救急センター
神戸市立病院紀要. 45(1):9-16, 2008.	救命救急センターにおける自殺企図・自傷症例の検討	有吉孝一	救命救急センター
日本航空医療学会雑誌. 9(3):49-53, 2008.	六甲山系ヘリ救助・救急事案の検討	有吉孝一	救命救急センター
日本救急医学会雑誌 19(7):416-423, 2008	日本救急医学会救急科専門医指定施設における ER 型救急医療の実施状況	瀧　健治	救命救急センター
Current Drug Therapy 4:139-143, 2009	Effective use of drugs to counter chemical terrorism.	Okumura T	救命救急センター
Burns 35:397-404, 2009	Changes in leukocyte migration during carbonic anhydrase activity inhibition.	Taki K	救命救急センター
Kaohsiung J Mes Sci. 24(3):S46-53, 2008.	Status of medical education reform at Saga Medical School 5 years after introducing PBL.	Oda Y	総合診療部
e-Society. 245-248, 2008.	An intefrated repositpry of electric medical record and medical image for state wide inter-health system referrals.	Takasaki M	医療情報部
日本内科学会雑誌 97:2730-2736, 2008.	院内感染対策からみた特殊病態患者の管理 2. 血管内カテーテル留置例.	青木洋介	感染制御部
J Infect Chemother. 14:279-290, 2008.	The first nationwide surveillance of bacterial respiratory pathogens conducted by the Japanese Society of Chemotherapy. Part 1: a general view of antibacterial susceptibility.	Aoki Y	感染制御部
薬事新報. 2521:393-398, 2008.	入院患者持参薬の 100%チェックにおけるリスクマネージメント	江本晶子	薬剤部
YAKUGAKU ZASSHI. 129(5):537-548, 2009.	依頼者による医療施設の治験実施体制の評価と問題点	萩森奈央子	薬剤部
J Cardiol. 52(1):49-52, 2008.	Endoscopic thoracic sympathectomy as a novel strategy for vasospastic angina refractory to medical treatments.	Yoshida K	卒後臨床 研修センター
小　　計	１３　件		
合　　計	１７７　件		

（様式第１２）

診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の管理方法

管理責任者氏名	病 院 長　宮　﨑　耕　治
管理担当者氏名	総務課長：最所 力男　患者サービス課長：釘宮　隆　薬剤部長：藤戸　博 看護部長：長谷川 正志　放射線部長：工藤　祥　診療記録センター長：小泉 俊三

<table>
<tr><th colspan="3"></th><th>保　管　場　所</th><th>分　類　方　法</th></tr>
<tr><td colspan="3">診療に関する諸記録
病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約及び入院診療計画書</td><td>総　務　課
患者サービス課
薬　剤　部
看　護　部
放　射　線　部
診療記録センター</td><td>診療記録は、診療記録センターにおいて、１患者１ファイルで集中管理している。
画像診断写真は、放射線部において、集中管理している。</td></tr>
<tr><td rowspan="15">病院の管理及び運営に関する諸記録</td><td colspan="2">従業員数を明らかにする帳簿</td><td>総　務　課</td><td rowspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">高度の医療の提供の実績</td><td>患者サービス課</td></tr>
<tr><td colspan="2">高度の医療技術の開発及び評価の実績</td><td>患者サービス課</td></tr>
<tr><td colspan="2">高度の医療の研修の実績</td><td>総　務　課</td></tr>
<tr><td colspan="2">閲 覧 実 績</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">紹介患者に対する医療提供の実績</td><td>患者サービス課</td></tr>
<tr><td colspan="2">入院患者数、外来患者及び調剤の数を明らかにする帳簿</td><td>患者サービス課
薬　剤　部</td></tr>
<tr><td rowspan="8">規則第9条の23及び第1条の11各号に掲げる体制確保の状況</td><td>専任の医療に係る安全管理を行う者の配置状況</td><td>医療安全管理室</td><td rowspan="8"></td></tr>
<tr><td>専任の院内感染対策を行う者の配置状況</td><td>感 染 制 御 部</td></tr>
<tr><td>医療に係る安全管理を行う部門の設置状況</td><td>医療安全管理室</td></tr>
<tr><td>当該病院内に患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制の確保状況</td><td>患者サービス課</td></tr>
<tr><td>医療に係る安全管理のための指針の整備状況</td><td>医療安全管理室</td></tr>
<tr><td>医療に係る安全管理のための委員会の開催状況</td><td>患者サービス課</td></tr>
<tr><td>医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況</td><td>患者サービス課</td></tr>
<tr><td>医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の状況</td><td>医療安全管理室</td></tr>
</table>

			保　管　場　所	分　類　方　法
病院の管理及び運営に関する諸記録	規則第1条の11各号に掲げる体制確保の状況	院内感染のための指針の策定状況	感染制御部	
		院内感染対策のための委員会の開催状況	経営管理課	
		従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	患者サービス課	
		感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施状況	患者サービス課 感染制御部	
		医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の配置状況	薬　剤　部	
		従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施状況	薬　剤　部	
		医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施状況	薬　剤　部	
		医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況	薬　剤　部	
		医薬機器の安全使用のための責任者の配置状況	MEセンター	
		従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施状況	MEセンター	
		医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の実施状況	MEセンター	
		医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況	MEセンター	

（様式第13）

病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法及び紹介患者に対する医療提供の実績

○病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法

閲覧責任者氏名	医学部事務部長　大石　茂博
閲覧担当者氏名	患者サービス課長　釘宮　隆
閲覧の求めに応じる場所	医療相談室

○病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧の実績

前年度の総閲覧件数		延　0　件
閲覧者別	医師	延　0　件
	歯科医師	延　0　件
	国	延　0　件
	地方公共団体	延　0　件

○紹介患者に対する医療提供の実績

紹介率	71.86%	算定期間	平成20年4月1日～平成21年3月31日
算出根拠	A：紹介患者の数		9,046 人
	B：他の病院又は診療所に紹介した患者の数		7,830 人
	C：救急用自動車によって搬入された患者の数		1,425 人
	D：初診の患者の数		17.635 人

（様式第13-2）

規則第９条の２３及び第１条の１１各号に掲げる体制の確保状況

① 専任の医療に係る安全管理を行う者の配置状況	(有)（ １名 ）・無
② 専任の院内感染対策を行う者の配置情況	(有)（ ４名 ）・無
③ 医療にかかる安全管理を行う部門の配置状況	(有) ・ 無

・所属職員： 専任（ １ ）名　兼任（ １６ ）名
・活動の主な内容：
(1)医療安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、その他医療安全管理委員会の庶務に関に関すること。
(2)医療事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。
(3)患者や家族への説明など医療事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。
(4)医療事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに必要な指導を行うこと。
(5)医療安全に係る連絡調整に関すること。
(6)その他医療安全対策の推進に関すること。

※「医療安全管理室メンバー表」、「佐賀大学医学部附属病院医療安全管理室内規」添付

④ 当該病院内に患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制の確保状況	(有) ・ 無
⑤ 医療に係る安全管理のための指針の整備状況	(有) ・ 無

・指針の主な内容：
第１　本院における医療安全管理に関する基本的考え方
第２　医療安全管理委員会その他本院内の組織に関する基本的事項
第３　医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針
第４　本院における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
第５　医療事故等発生時の対応に関する基本方針
第６　医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針（患者等に対する当指針の閲覧に関する基本方針を含む）
第７　患者からの相談への対応に関する基本方針
第８　その他医療安全の推進のために必要な基本方針

※「佐賀大学医学部附属病院における医療に係る安全管理のための指針」添付

⑥ 医療に係る安全管理のための委員会の開催状況	年 １２ 回

・活動の主な内容：
医療安全管理委員会では、次に掲げる事項の審議をおこなう。
（１）　医療事故に係る情報の収集及び提供に関すること。
（２）　発生した医療事故の原因分析及び改善策等に関すること。
（３）　医療事故防止のための教育・研修に関すること。
（４）　その他医療安全管理に関し必要な事項

※「佐賀大学医学部附属病院医療安全管理委員会規程」、「医療安全管理委員会名簿」添付

⑦ 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年 １８ 回

・研修の主な内容：

	研修内容（テーマ）	研修期間	参加人数
1	「静脈穿刺と神経損傷」	H20. 6. 3 (0. 5時間)	990名
2	(上記、本開催研修会の収録ビデオ上映)	H20. 6. 16 (0. 5時間)	
3	〃	H20. 6. 17 (0. 5時間)	
4	〃	H20. 6. 18 (0. 5時間)	
5	〃	H20. 6. 19 (0. 5時間)	
6	〃	H20. 6. 20 (0. 5時間)	
7	「医療機器安全対策（アラームが鳴った時）」 「医療事故等発生時の診療記録への記載について」	H20. 9. 2 (0. 7時間)	969名
8	(上記、本開催研修会の収録ビデオ上映)	H20. 9. 16 (0. 7時間)	
9	〃	H20. 9. 17 (0. 7時間)	
10	〃	H20. 9. 18 (0. 7時間)	
11	〃	H20. 9. 19 (0. 7時間)	
12	〃	H20. 9. 22 (0. 7時間)	
13	「災害医療の基礎知識－これだけは知っておきたいこと－」 「新規導入人工呼吸器（ニューポートe360）取扱い説明について」	H21. 2. 3 (0. 7時間)	889名
14	(上記、本開催研修会の収録ビデオ上映)	H21. 2. 16 (0. 7時間)	
15	〃	H21. 2. 17 (0. 7時間)	
16	〃	H21. 2. 18 (0. 7時間)	
17	〃	H21. 2. 19 (0. 7時間)	
18	〃	H21. 2. 20 (0. 7時間)	

⑧ 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の状況

・ 医療機関内における事故報告等の整備　（㊒ ・ 無 ）
・ その他の改善のための方策の主な内容：

【問題点の把握方法】
インシデント・アクシデント速報システムによる報告、インシデント・アクシデントレポートは全て医療安全管理室で収集している。

【問題点の分析方法】
集まった事例は、ＧＲＭが影響度を分類のうえサマリ化する。
サマリは定例の医療安全管理室会議において分析を行う。

【改善策の検討方法】
(1) 問題発生の事象に関連する部署とＧＲＭで対応策の検討を行う。
(2) サマリは、定例の医療安全管理室会議において対応策等の検討を行う。
(3) 医療安全管理委員会において審議する。

【改善事例】
平成 20年 7月17日 医薬品安全使用のための業務手順書の改訂について
平成 20年 7月17日 病室（個室・特室）窓の開閉制限の運用について
平成 20年 8月21日 患者様への掲示について
平成 21年 2月19日 ＡＥＤの手動操作について
平成 21年 3月17日 院内暴力・暴言等対応マニュアルの作成について
平成 21年 3月17日 「行動制限（抑制）の基準」の改訂について
平成 21年 4月16日 ＡＩ検査対応手順の作成について
平成 21年 4月16日 人工呼吸器回路内ｳｫｰﾀｰﾄﾗｯﾌﾟの取扱いに関する医療事故防止対策について
平成 21年 5月21日 セイフティマネジメントマニュアルの改訂について
平成 21年 5月21日 医療安全管理ポケットマニュアルの改訂について
平成 21年 5月21日 指示出し・指示受けの手順の作成ついて
平成 21年 6月16日 手術部安全確認表の作成について

【インシデント・アクシデント報告件数】
平成２１年度　579 件（平成２１年６月現在）
（インシデント　577 件（うち、医師の報告件数　56 件）
（アクシデント　2 件（うち、医師の報告件数　1 件）
平成２０年度　2,162 件
（インシデント　2,150 件（うち、医師の報告件数　159 件）
（アクシデント　12 件（うち、医師の報告件数　5 件）

院内感染対策のための体制の確保に係る措置

① 院内感染対策のための指針の策定状況	㊒ ・ 無

・ 指針の主な内容：

第１　本院における院内感染対策に関する基本的考え方
第２　院内感染対策のための委員会その他本院内の組織に関する基本的事項
第３　院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針
第４　感染症の発生状況の報告に対する基本的対応方針
第５　院内感染発生時の対応に関する基本方針
第６　患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
第７　その他の本院における院内感染対策の推進のために必要な基本方針

※「佐賀大学医学部附属病院における医療に係る院内感染対策のための指針」添付

② 院内感染対策のための委員会の開催状況	年 １２ 回

・ 活動の主な内容：

院内感染対策委員会では、次に揚げる事項の審議をおこなう。
（１）　院内感染の予防に関すること。
（２）　院内感染予防に係る情報の収集に関すること。
（３）　院内感染源及び感染経路の調査に関すること。
（４）　院内感染予防対策の確立に関すること。
（５）　感染制御部の運営に関すること。
（６）　その他感染予防及び対策に関すること。

※「佐賀大学医学部附属病院院内感染対策委員会規程」、「院内感染対策委員会名簿」添付

③ 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	年 １８ 回

・ 研修の主な内容：

	研修内容（テーマ）	研修期間	参加人数
1	「血液媒介感染防止：自分の身は自分で守ろう」	H20. 6. 3 (0. 5時間)	990名
2	（上記、本開催研修会の収録ビデオ上映）	H20. 6. 16 (0. 5時間)	
3	〃	H20. 6. 17 (0. 5時間)	
4	〃	H20. 6. 18 (0. 5時間)	
5	〃	H20. 6. 19 (0. 5時間)	
6	〃	H20. 6. 20 (0. 5時間)	
7	「目で見る感染対策の基本」	H19. 11. 6 (0. 5時間)	969名
8	（上記、本開催研修会の収録ビデオ上映）	H20. 9. 2 (0. 4時間)	
9	〃	H20. 9. 16 (0. 4時間)	
10	〃	H20. 9. 17 (0. 4時間)	
11	〃	H20. 9. 18 (0. 4時間)	
12	〃	H20. 9. 22 (0. 4時間)	
13	「対策が困難な院内感染症：Clostridium difficile腸炎」	H20. 12. 2 (0. 7時間)	882名
14	（上記、本開催研修会の収録ビデオ上映）	H20. 12. 15 (0. 7時間)	
15	〃	H20. 12. 16 (0. 7時間)	
16	〃	H20. 12. 17 (0. 7時間)	
17	〃	H20. 12. 18 (0. 7時間)	
18	〃	H20. 12. 19 (0. 7時間)	

④ 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の状況

・ 病院における発生状況の報告等の整備　（ ㊒ ・ 無 ）
・ その他の改善のための方策の主な内容：

情報を院内Web上で毎日更新し、院内に公開している。また、新規発生MRSAやその他耐性菌については、感染制御部で部署への訪問や確認を行っている。

医薬品に係る安全管理のための体制の確保に係る措置

① 医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の配置状況	(有)・無
② 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施状況	年 1 回

・ 研修の主な内容：

	研修内容（テーマ）	研修期間	参加人数
1	「医薬品の安全使用について」 「臨床検査依頼の問題点と情報検索について」	H20. 11. 25 (1. 0時間)	378名

③ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施状況

・ 手順書の作成　（(有)・無）
・ 業務の主な内容：

以下の項目について、「できている」か「要改善」かのチェックを行う。
（１）　医薬品保管証には必要最小限の薬剤である。
（２）　医薬品保管証の薬品以外に余剰の薬品はない。
（３）　麻薬、覚せい剤原料、第１種・第２種向精神薬は施錠できる場所で区別して保管している。
（４）　医薬品の保管場所にきちんと表示がある。
（５）　冷所保存の医薬品が整理整頓されている。
（６）　緊急の場合以外は、口頭指示だけでなく、指示簿や処方せんで指示を受けいている。
（７）　内服薬の準備の時には、薬剤を二人でチェックしている。
（８）　注射薬調整では、２度以上の薬剤確認を行っている。
（９）　点滴投与を開始した後は、点滴ルートから液漏れがないかの確認や、全身状態の確認をしている。
（10）　新鮮凍結血漿は常に３７℃で溶解し、３時間以内に使用している。

④ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況

・ 医薬品に係る情報の収集の整備　（(有)・無）
・ その他の改善のための方策の主な内容：

医薬品に係る添付文書等の収集方法として、ＤＳＵによる変更点の収集およびメーカーへの変更後の添付文書の送付を依頼している。
また、得られた情報のうち必要なものについて医薬品を取り扱う職員に対して、小冊子「薬局からのお知らせ」を月に１回発行し、各病棟、各診療科へ配付し、その中にＤＳＵも含めて周知している。
その他にも、緊急に通知する必要がある場合は、随時、各病棟、各診療科へ配付している。

医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る措置

① 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況	(有)・無
② 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施状況	年 42 回

・ 研修の主な内容：

人工心肺装置および補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置、除細動装置、閉鎖式保育器、診療用エネルギー放射線治療装置、診療用放射線照射装置の安全使用のための研修を行っている。

③ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の実施状況

・ 計画の作成 （(有)・ 無 ）
・ 保守点検の主な内容：

（医療機器関係）
点検は機器の性質や性能などにより細部の点検項目が異なるものの大きく分類すると、外観・機能・性能・電気的安全性点検等から構成され、これらの項目を基に製造業者の取扱説明書及び添付文書に記載されている事項を参考にし、機器毎に保守点検表を作成し点検を行っている。
（放射線関係）
製造業者の点検説明書及び添付文書に基づき、電気的安全点検、機械的安全点検、予防的点検等、保守点検表を作成し行っている。

④ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況

・ 医療機器に係る情報の収集の整備 （(有)・ 無 ）
・ その他の改善のための方策の主な内容：

【収集方法】
（医療機器関係）
・日本医療機器学会出席（平成20年3月、福岡）
・医療機器の立会いに関する説明会出席（平成20年3月、佐賀）
・第83回医療機器学会大会出席（平成20年5月、東京）
・第1回全国国立大学法人病院臨床工学技士協議会出席（平成20年6月、福岡）
・平成20年度大学間相互チェック出席（平成20年11月、岐阜）
・平成20年度医療安全に関するワークショップ出席（平成20年11月、福岡）
・各製造メーカー等より情報が寄せられる。
・医薬品医療機器等安全性情報（厚生労働省ホームページ）及び医療機器関連情報（医薬品医療機器総合機構ホームページ）より情報収集を行っている。

（放射線関係）
・各製造業者より安全情報が提供される。
・医薬品医療機器等安全性情報（厚生労働省ホームページ）及び医療機器関連情報（医薬品医療機器総合機構ホームページ）より情報収集を行っている。
・平成20年度に開催された学会・研究会および研修会等に参加し、医療機器の安全使用のための情報収集等を行っている。

【提供・周知方法】
（医療機器関係）
・メーカーより提供された文書等を回覧（ＭＥセンター内回覧板）し、各々が閲覧・捺印する通知方法を実施している。
・院内の各部門へはＷｅｂを利用した院内マニュアル統合管理システムでの医療機器の取扱説明書及び添付文書が閲覧及び印刷できる環境を構築している。また、医療機器情報提供ホームページより各種情報を提供する環境を構築している。

（放射線関係）
・製造業者より提供された情報文書を機器に携わる者へ閲覧させ、保存ファイルしている。
・放射線部情報システム（RIS）を使用し、装置マニュアル及び安全管理マニュアルの閲覧ができる。

平成21年度 「医療安全管理室」メンバー

*は併任を示す

内規	職　　　名	21年度	区分	PHS	備　　　考
1号	医療安全管理室長(副病院長)	岩　坂　　剛	兼任	2315	
2号	医療安全管理室副室長(専任セイフティマネジャー)	山　田　みゆき	専任	3363	医療安全管理者、看護師長
	医療安全管理室副室長(兼任セイフティマネジャー)	荒　木　和　邦	兼任	3837	医療安全管理者、手術部副部長
3号	内科系セイフティマネジャー	井　上　卓　也	兼任	3594	皮膚科講師
	外科系セイフティマネジャー	神　谷　尚　彦	兼任	3635	一般・消化器外科助教
4号	中央診療施設等の副部長等のうち医薬品安全管理副責任者(副薬剤部長)及び医療機器安全管理副責任者(副MEセンター長・手術部副部長・放射線部技師長)を含む若干人	平　野　和　裕	兼任	3896	副薬剤部長
		後　藤　昌　昭	兼任	2329	副MEセンター長
		荒　木　和　邦　*	兼任	3837	手術部副部長
		阿　部　一　之	兼任	3890	放射線部技師長
		南　雲　文　夫	兼任	3907	検査部技師長
5号	副看護部長	藤　満　幸　子	兼任	3331	
6号	患者サービス課長	釘　宮　　隆	兼任	3135	
7号	その他の職員	吉　田　和　代	兼任	3550	卒後臨床研修センター教育指導准教授
		高　崎　光　浩	兼任	3338	医療情報部副部長
		水　口　昌　伸	兼任	3769	放射線部副部長
		福　山　　恵	兼任	2925	栄養管理室長
		西　村　幸　一	兼任	3200	施設課長
		田　端　文　子	兼任	3337	診療記録管理係長
		17名			

佐賀大学医学部附属病院医療安全管理室内規

（平成16年4月1日
制　　　　　　定）

（設置目的）

第１条　佐賀大学医学部附属病院規則（平成16年4月1日制定）第１４条の規定に基づき，医学部附属病院における医療事故等（インシデント及びアクシデント。以下同じ。）の防止を図り，もって医療の安全性の向上に寄与することを目的として佐賀大学医学部附属病院医療安全管理室(以下「医療安全管理室」という。）を置く。

（組織）

第２条　医療安全管理室は，次の各号に掲げる職員をもって組織する。

(1)　室長

(2)　副室長（医療安全管理者）

(3)　内科系のセイフティマネジャー及び外科系のセイフティマネジャー　各１人

(4)　中央診療施設等の副部長等のうち医薬品安全管理副責任者（副薬剤部長）及び医療機器安全管理副責任者（副ＭＥセンター長・手術部副部長・放射線部技師長）を含む若干人

(5)　副看護部長　１人

(6)患者サービス課長

(7)その他の職員

２　前項第４号及び第７号に掲げる職員は，医療安全管理委員会の議を経て病院長が指名する。

３　第１項第４号及び第７号に掲げる職員の任期は２年とし，再任を妨げない。ただし，欠員により補充された委員の任期は，前任者の残余の期間とする。

（室長）

第３条　医療安全管理室に室長を置き，副病院長をもって充てる。

２　室長は，医療安全管理室の業務を統括する。

３　室長は，必要に応じ医療安全管理室会議を招集し，その議長となる。

（副室長）

第４条　医療安全管理室に副室長（医療安全管理者）を置き，専任及び兼任のセイフティマネジャーをもって充てる。

２　副室長は，医療安全管理室の業務に関する企画立案，評価及び本院における医療安全管理に関する職員の意識の向上や指導等の業務を行う。

３　副室長（専任のセイフティマネジャー）は，医療安全管理室の業務に専ら従事し，専門的見地から室長を補佐する。

（業務）

第５条　医療安全管理室は，次の各号に掲げる業務を行う。

(1) 医療安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存，その他医療安全管理委員会の庶務に関すること。

(2) 医療事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認を行うとともに，必要な指導を行うこと。

(3) 患者や家族への説明など医療事故発生時の対応状況について確認を行うとともに，必要な指導を行うこと。

(4) 医療事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに，必要な指導を行うこと。

(5) 医療安全に係る連絡調整に関すること。

(6) その他医療安全対策の推進に関すること。

２　前項に掲げる業務については，医療安全管理委員会と連携を図りながら行うものとする。

（雑則）

第６条　この内規に定めるもののほか，医療安全管理室に関し必要な事項は，別に定める。

附　則

この内規は，平成１６年４月１日から施行する。

附　則（平成１９年３月２２日改正）

この内規は，平成１９年４月１日から施行する。

附　則（平成２０年３月２１日改正）

この内規は，平成２０年４月１日から施行する。

佐賀大学医学部附属病院における医療に係る安全管理のための指針

（平成１６年４月１日
制　　　　　　　定）

第１　本院における医療安全管理に関する基本的考え方

事故のない安全な医療を提供していくためには，医療従事者一人一人が危機意識を持って，日々の患者の診療に当たると同時に，医療に係る知識や技術を一定のレベル以上に保つことが不可欠である。

しかし，大学病院のように巨大で複雑なシステムの下で行なわれている医療においては，経験豊富な医療従事者であっても，うっかりミスや医療事故を起こすことがある。また些細なミスがいくつも重なり合うような，あるいはシステムに原因するような複合要因によって重大な事故が引き起こされる危険がある。

このため医療においても「人間はエラーを起こす」という前提に基づき，エラーを誘発しない環境や起こったエラーを吸収して事故を未然に防ぐ体制を構築していく。

第２　医療安全管理委員会その他本院内の組織に関する基本的事項

本院における医療安全管理に関する基本的な考え方を踏まえて，病院長は，医療に係る安全管理のための体制を確保するため，次の委員会等を設置する。

（医療安全管理委員会）

本院内の安全管理の体制の確保及び推進のために設けるもので，医療安全対策に関する重要事項等について審議し，方針を決定する機関である。

なお，同委員会は，院内感染対策委員会や医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者などの他の関連組織と連携を取り，効率的かつ効果的な医療安全対策を講じるものとする。

（医療安全管理室）

医療安全管理委員会で決定された方針に基づき，組織横断的に本院内の安全管理を担う部門である。

（医療安全管理者）

医療安全管理室に所属し，同室の業務に関する企画立案及び評価，並びに職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行うなど病院全体の安全管理を担当する者である。

（セイフティマネジャー）

所属する部署のインシデント・アクシデント情報を把握し，医療安全管理者への報告及び連絡調整を行う。また，当該安全対策の決定方針に基づく改善策等について所属職員に周知徹底を図るとともに，それらが確実に実施され，かつ安全対策として有効に機能しているか常に点検・評価するなど各部署単位での安全対

策を推進する者である。

（セイフティマネジャー連絡会議）

セイフティマネジャー及び医療安全管理室の正副室長で構成され，本院でのインシデント事例等及び安全対策の決定方針に基づく改善策などの情報を共有し，セイフティマネジャーに周知徹底を図る部会である。

第３　医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針

・　病院長は，個々の職員の安全管理に対する意識の啓発，安全に業務を遂行するための技能，チーム医療の一員としての意識の向上を図るため，病院全体に共通する医療安全管理に関する内容についての研修を年２回以上定期的に開催する。

・　病院長は，新規採用職員及び医員（研修医）に対し本院の安全管理に対する基本的な考え方，方針，事項を周知させるとともに，その遵守を徹底させる。

第４　本院における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

・　本院内で発生したインシデント等の報告は，まず，全職員を対象とした「インシデント・アクシデント速報システム（Web ページ）」を利用して行い，基本的に医療事故につながる可能性のある事例等を早期に広く収集し，これらインシデント事例等を活用した医療に係る安全の確保を図るものとする。

・　このために，医療安全管理室は，医療安全管理委員会への報告等，予め定められた報告体制に従い事例を収集，分析することにより安全管理に関する問題点を把握して，病院組織としての改善策の企画立案やその実施状況を評価するものとし，これら必要な情報を関係各部署へフィードバックしていく。

・　なお，インシデント事例等に対し主体的・積極的な報告は，各医療従事者がお互いに「事例に学ぶ」という姿勢を堅持するという認識と職場環境のもとで行われ，また，原因分析に際しては，「誰が」ではなく，「何が」「何故」起きたかに視点を置くものとする。

第５　医療事故等発生時の対応に関する基本方針

・　医療事故等が医療側の過失によるか否かを問わず，患者に望ましくない事象が発生した場合は，本院内の総力を結集して，患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

・　事故発生後，可及的速やかに，事故の状況，現在実施している処置，予後等について患者本人，家族等に誠意をもって説明をする。

・　重大な事故の発生時には，速やかに病院長へ報告する。

・　事故の場合にあっての報告は，診療録等に基づき作成する。

・　その他医療事故等発生時の対応については，本院「医療安全管理マニュアル」の「医療事故等発生時における対応指針」に沿って対応する。

第６　医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針（患者等に対する当指針の閲覧に関する基本方針を含む。）

本指針（本院ホームページ掲載）の内容を含め，医療従事者は患者との情報の共有に努めるとともに，患者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合には，これに応じるものとする。

第７　患者からの相談への対応に関する基本方針

・　医療行為等に関する患者等からの相談に対しては，担当者及びその責任者などを決め，誠実に対応するとともに相談により患者等が不利益を受けないよう適切な配慮を講じる。
・　これら相談は，速やかに病院長等へ報告し，また，本院の安全対策等の見直しに活用していくものとする。

第８　その他医療安全の推進のために必要な基本方針

医療安全の推進のために，「医療安全管理マニュアル」を作成し，病院職員へ周知するとともに，その内容は講じた対策の効果や現場からの要請等に応じて，また第三者機関の評価，患者の参加等を通じて常に改訂・改善を図っていくものとする。

附　則

この指針は，平成１４年１２月１９日から施行する。

附　則（平成１５年１０月１日改正）

この指針は，平成１５年１０月１日から施行する。

附　則（平成１６年４月１日改正）

この指針は，平成１６年４月１日から施行する。

附　則（平成１９年６月２５日改正）

この指針は，平成１９年６月２５日から施行する。

附　則（平成２０年３月２１日改正）

この指針は，平成２０年４月１日から施行する。

附　則（平成２１年６月１日改正）

この指針は，平成２１年６月１日から施行する。

佐賀大学医学部附属病院医療安全管理委員会規程

（平成16年4月1日
制　　　　定）

（設置）

第１条　佐賀大学医学部附属病院における医療に係る安全管理の体制の確保及び推進のため，佐賀大学医学部附属病院医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）を置く。

（審議事項）

第２条　委員会は，次の各号に掲げる事項を審議する。

(1) 医療事故に係る情報の収集及び提供に関すること。

(2) 発生した医療事故の原因分析及び改善策等に関すること。

(3) 医療事故防止のための教育・研修に関すること。

(4) その他医療安全管理に関し必要な事項

（組織）

第３条　委員会は，次の各号に掲げる委員をもって組織する。

(1) 病院長

(2) 医療安全管理室長

(3) 医療安全管理室副室長（医療安全管理者）

(4) 診療科の科長のうち若干人

(5) 中央診療施設等の部長等のうち薬剤部長（医薬品安全管理責任者）及びＭＥセンター長（医療機器安全管理責任者）を含む若干人

(6) 看護部長

(7) 事務部長

(8) その他必要の都度病院長が指名した者

２　前項第４号及び第５号に掲げる委員は，病院長が指名する。

３　第１項第４号及び第５号に掲げる委員の任期は２年とし，再任を妨げない。ただし，欠員により補充された委員の任期は，前任者の残余の期間とする。

（委員長）

第４条　委員会に委員長を置き，病院長をもって充てる。

２　委員長は，委員会を招集し，その議長となる。

３　委員長に支障があるときは，あらかじめ委員長の指名した委員がその職務を代行する。

（議事）

第５条　委員会は，原則として毎月１回開催するものとする。ただし，委員長が必要と認めたときは，臨時に開催することができる。

２　委員会は，委員の過半数以上の出席をもって開き，その議決は，出席委員の過半数の同意による。

（代理出席）

第６条　第３条の委員がやむを得ない理由により委員会に出席できない場合は，あらかじめ委員長の了解を得た者を代理に出席させることができる。

２　前項の者は，第３条の委員とみなす。

（委員以外の者の出席）

第７条　委員長は，必要があると認めるときは，委員以外の者の出席を求め，説明又は意見を聴取することができる。

（他の委員会との連携）

第８条　委員会は，院内感染対策の推進に関することについては「佐賀大学医学部附属病院院内感染対策委員会」において審議・策定させる分業体制をとる。但し，同委員会における重要な検討内容については，病院長へ報告することとする。

（事務）

第９条　委員会における資料及び議事録の作成並びに保存，その他庶務に関することは医療安全管理室において行う。

２　その他委員会に関する事務は，患者サービス課において処理する。

（雑則）

第１０条　この規程に定めるもののほか，委員会の運営に関し必要な事項は，別に定める。

附　則

この規程は，平成１６年４月１日から施行する。

附　則（平成１７年１０月２７日改正）

この規程は，平成１７年１０月２７日から施行する。

附　則（平成１９年９月６日改正）

この規程は，平成１９年９月６日から施行する。

附　則（平成２０年３月２１日改正）

この規程は，平成２０年４月１日から施行する。

医療安全管理委員会

＊は併任を示す

	２１年度	備考
委員長 病院長	宮　崎　耕　治	
医療安全管理室長	岩　坂　剛	
医療安全管理室副室長	荒　木　和　邦	
医療安全管理室副室長	山　田　み　ゆ　き	
各診療科の科長のうち若干人	魚　住　二　郎	22年3月まで(病院長指名、任期2年)
	野　出　孝　一	22年3月まで(病院長指名、任期2年)
中央診療施設等の部長のうち薬剤部長（医薬品安全管理責任者）及びＭＥセンター長（医療機器安全管理者）を含む若干人	藤　戸　博	
	濵　﨑　雄　平　＊	
	工　藤　祥	22年3月まで(病院長指名、任期2年)
	瀧　健　治	22年3月まで(病院長指名、任期2年)
	中　島　幹　夫	22年3月まで(病院長指名、任期2年)
	小　泉　俊　三	22年3月まで(病院長指名、任期2年)
看護部長	長谷川　正　志	
事務部長	大　石　茂　博	
その他必要の都度病院長が指名した者	―	
	１３名	

再任を妨げない

佐賀大学医学部附属病院における医療に係る院内感染対策のための指針

(平成 19 年 6 月 19 日制定)

第 1 本院における院内感染対策に関する基本的考え方

院内感染は患者が多大なる不利益を被るのみでなく，人的・経済的に医療財源を圧迫し，結果として医療の質そのものを著しく低下させる。このため，院内感染を未然に防ぐ手段を恒常的に院内で周知・遵守すると同時に，診療科横断的に発生する感染症に専門的診療を行うことが不可欠である。加えて,医療スタッフの職業感染曝露を防止することが必要である。

これらの目的のために，当院では専任スタッフで構成される感染制御部を感染対策の中核的機能として常置する。ここでは病原菌の院内疫学的解析に基づく医療関連感染の制御と防止に努める一方，専門医による感染症診療を全診療科に提供することにより，感染対策と感染症診療が常に相補的に機能する体制の維持・向上を可能とする院内感染対策を構築する。

第 2 院内感染対策のための委員会その他本院内の組織に関する基本的事項

(院内感染対策委員会)

・院内感染対策委員会は、本院における院内感染対策に関して必要なことを審議する。

(感染制御部)

・ 院内感染対策委員会で決定された方針に基づき，組織横断的に本院内の感染対策を担う部門である。

(感染対策専任看護師長)

・感染制御部門の業務に関する企画立案および評価，病院内における職員の院内感染対策に関する意識の向上や指導の業務を行う者である。

第 3 院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針

(院内研修)

・病院長（管理者）は、個々の職員の院内感染対策に対する意識の啓発、安全に業務を遂行するための技能、チーム医療の一員としての意識の向上を図るため、病院全体に共通する院内感染防止に関する内容についての研修を年２回以上定期的に開催する。

・病院長は、新規採用職員及び医員（研修医）に対し本院の院内感染対策に対する基本的な考え方、方針、事項を周知させるとともに、その遵守を徹底させる。

第４ 感染症の発生状況の報告に対する基本的対応方針

・届出が必要な感染症が発生した場合は，感染制御部の指導・援助の下，主治医名で速やかに報告する。

・抗菌薬耐性菌を含む病原菌の分離状況については微生物検査室から感染制御部に定期的に報告を受け，サーベイランスを実施し，アウトブレイクに対応する。

第５ 院内感染発生時の対応に関する基本方針

院内感染が発生した場合の対応は原則として次に定めるところによる。

(1) 院内感染発生現場の医療従事者，あるいは微生物検査室からの報告に基づき，感染制御部スタッフが感染症発生状況の解析を迅速に行い，考えられる感染症の制御に必要な一次措置を直ちに講じる。

(2)前号の措置後、感染制御部長または副部長は、当該感染症の発生について病院長，診療科長，看護部長および事務部長にただちに報告する。

(3) 病院長等は院内感染が発生した場合には、必要に応じて緊急の感染制御部会議を招集し、本院の院内感染に係る原因調査、分析、再発防止策を検討させる。

(4)その他院内感染が発生した場合の対応の詳細については別に定める。

第６ 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有（本院ホームページ掲載）に努めるとともに、患者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じる。

第７ その他の本院における院内感染対策の推進のために必要な基本方針

院内感染対策の推進のために「院内感染対策マニュアル」を作成し，病院職員へ周知するとともに，その内容は講じた対策の効果や現場からの要請に応じて，また，第三者機関の評価などを通じて常に改定・改善を図ってゆくものとする。

附　則

この指針は，平成19年6月19日から施行する。

佐賀大学医学部附属病院院内感染対策委員会規程

（平成16年9月24日
制　　　　　定）

（設置）

第１条　佐賀大学医学部附属病院における院内感染の予防及び対策のため，佐賀大学医学部附属病院院内感染対策委員会（以下「委員会」という。）を置く。

（審議事項）

第２条　委員会は，次の各号に掲げる事項を審議する。

(1) 院内感染の予防に関すること。

(2) 院内感染予防に係る情報の収集に関すること。

(3) 院内感染源及び感染経路の調査に関すること。

(4) 院内感染予防対策の確立に関すること。

(5) 感染制御部の運営に関すること。

(6) その他感染予防及び対策に関すること。

（組織）

第３条　委員会は，次の各号に掲げる委員をもって組織する。

(1) 病院長

(2) 感染制御部長

(3) 感染制御部副部長

(4) 検査部，手術部，材料部及び輸血部の各部長

(5) 薬剤部長

(6) 看護部長

(7) 栄養管理委員会委員長

(8) 歯科口腔外科の科長

(9) 診療科長又は副診療科長のうち若干人

(10) 事務部長

(11) その他病院長が指名する者若干人

２　前項第９号及び第１１号に掲げる委員は，病院企画室会議の議を経て，病院長が委嘱する。

（任期）

第４条　前条第１項第９号及び第１１号の委員の任期は２年とし，再任を妨げない。ただし，欠員を生じた場合の後任の委員の任期は，前任者の残余の期間とする。

（委員長）

第５条　委員会に委員長を置き，感染制御部長をもって充てる。

２　委員長は，委員会を招集し，その議長となる。

３　委員長に支障があるときは，あらかじめ委員長が指名した者がその職務を代行

する。

（定足数）

第６条　委員会は，委員の過半数の出席がなければ，議事を開くことができない。

（代理出席）

第７条　第３条の委員がやむを得ない理由により委員会に出席できない場合は，あらかじめ委員長の了解を得た者を代理に出席させることができる。

２　前項の者は，第３条の委員とみなす。

（委員以外の者の出席）

第８条　委員長は，必要があると認めたときは，委員以外の者を出席させることができる。

（事務）

第９条　委員会に関する事務は，経営管理課において処理する。

（雑則）

第１０条　この規程に定めるもののほか，委員会の運営に関し必要な事項は，別に定める。

附　則

１　この規程は，平成16年9月24日から施行する。

２　この規程の施行後最初に委嘱される第３条第１項第９号及び第１１号の委員の任期は，第４条の規定にかかわらず，平成18年3月31日までとする。

附　則（平成17年4月14日改正）

この規程は，平成17年4月14日から施行し，平成17年4月1日から適用する。

附　則（平成19年3月22日改正）

この規程は，平成19年4月1日から施行する。

附　則（平成19年9月6日改正）

この規程は，平成19年9月6日から施行する。

院内感染対策委員会名簿

診療科等名		氏名	電話	備考
感染制御部長	委員長	青木洋介	3242	
病院長		宮﨑耕治	3302	PHS2325 秘書室3305
感染制御部副部長		福岡麻美	3534	
感染制御部副部長		三原由起子	3960	感染対策担当看護師長
検査部長		出原賢治	3753	
手術部長		中島幹夫	2320	
材料部長		後藤昌昭	2329	
輸血部長		木村晋也	2353	
栄養管理委員会委員長		濵﨑雄平	2310	
診療科長または 副科長のうち 若干人	泌尿器科	魚住二郎	2333	
	呼吸器内科	林真一郎	2356	
	脳神経外科	松島俊夫	2330	
	膠原病・リウマチ内科	長澤浩平	2350	
	血液内科	（木村晋也）		
薬剤部長		藤戸　博	3161	
看護部長		長谷川正志	3330	
事務部長		大石茂博	3310	
歯科口腔外科の科長		（後藤昌昭）		
病院長の指名する者若干人	病因病態科学	宮本弘呂志	2245	
計		17名		定足（9名）